

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| ○ Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| ○ Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| ○ Adhésion et changement de statut | adhésion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

## Déclaration de Maladie

N° W21-728719

161578



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5410

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Hme LAFGHANI Farida

Date de naissance :

01-01-1951

Adresse : 154 Angle Bd Bir Bourguiba et Rue Cheikh

Zarrouk Appt 3B Résidence les Jardins Case

Tél : 0661250435

Total des frais engagés : 8200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent :

Le : 08/03/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/04/2023	2023	5	200	INP : 09/04/2023 Dr. Moussa

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE LE Opticien - Optométriste 3d Moudibouketa 300 fm:06 23 27 25 27 - Casab	24-22 2023					80-00-00-00 Moudibouketa 300 fm:06 23 27 25 27

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

#### **Important:**

Veuillez joindre les radiographies, en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DEBUT D'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>														
				<b>FIN D'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">05533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;"><b>D</b></td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> <td style="text-align: center;"><b></b></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>H</b>		05533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>	<b></b>	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
<b>H</b>																		
05533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<b>D</b>	<b>G</b>																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
<b>B</b>	<b></b>																	
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DE L'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>														

# Optique Le Beau Coin

Patente N°36612797 - I.F : 50791172 - R.C : 335648

INPE : 001719172 - ICE : 00179006000087

Bd Modibo Keita, Bloc(j) N°70 - Casablanca

Facture N° 0001013

Casablanca le: 24.2.2023  
 Mr. Af GHAWI FARIDA

VL:		
OD:	+0.25	
OG:	+0.75	
VP:	2.75	
OD:	2.75	
OG:	2.75	
Monture:	<u>lunette</u>	1000,-
Verres:	<u>progressif</u>	4000,-
Total:	OPTIQUE LE BEAU COIN Opticien - Optométriste Bd Moudibou Keita bloc(j) N°70 Casa Gsm: 06 25 27 25 92	8000,-
Arrêtée la présente Facture à la Somme de :		Ruit mille
<u>Mr.</u>		

الدكتورة موساوي كريمة  
Dr. MOUSSAOUI Karima

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux



اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

Cataracte ( Phacoémulsification )

Chirurgie des voies Lacrymales

Lentilles de contact-Strabisme

Angiographie - Laser

جلاة بالليزر جراحة مسالك الدموع

العدسات الاصقة - الليزر

راديو الشبكة - طب الحول

Casablanca, le

22/02/2019

الدكتورة موساوي كريمة



OD: +0.25

OV: +0.75

VL: 200: + 1/2 KOM

Dr. MOUSSAOUI Karima  
Spécialiste des Maladies et  
Chirurgie des Yeux  
237, Bd Abou Chouib Doukkali - 1 Etage sidi maârouf IV (Rue 15)  
Casablanca - Tél : 05.22.82.68.12  
Sidi Maârouf - Casablanca - Maroc - 0911 4546 - IF : 45304040 - ICE : 00184490000013 - INPE : 091114546

سيدي معروف الرابع ( الزنقة 15 ) الرقم 237 شارع ابو شعيب الدکالی الطابق الأول  
237, Bd - Abou Chouib Doukkali - 1 Etage sidi maârouf IV ( Rue 15 )  
الدار البيضاء - الهاتف ; 05.22.82.68.12  
IF : 45304040 - ICE : 00184490000013 - INPE : 091114546